

## ДИНАТОН ПРИ УСТРАНЕНИИ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**Стаканов А.В.<sup>1</sup>, Дударев И.В.<sup>1</sup>, Поцелуев Е.А.<sup>2</sup>, Мартыненко Н.Ю.<sup>2</sup>,  
Ярковая Я.Н.<sup>1</sup>, Синченко Р.Ю.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону»

<sup>2</sup>МБУЗ «Городская больница №7 г. Ростова-на-Дону»

Купирование ранних признаков пареза кишечника и выбор наиболее эффективных методов его лечения остаются определяющими факторами успешного лечения больных в послеоперационном периоде. Известно, что серотонин играет важную роль в регуляции функций желудочно-кишечного тракта. В литературе имеются сведения о роли серотонина и серотониновых рецепторов в генезе дисфункции гладкой мускулатуры, являющейся составной частью клинического синдрома серотониновой недостаточности у хирургических пациентов.

**Цель:** улучшить результаты лечения больных с послеоперационным парезом кишечника.

**Материалы и методы.** Клинические наблюдения включают 140 больных с острой толстокишечной непроходимостью (ОТКН), обусловленной раком толстой кишки. По оценочным шкалам раннего периоперационного периода степень тяжести по APACHE III – 62 (53/75), SAPS II – 31 (22/39), CR-Poosum – 24 (21/27) баллов. Основным оперативным вмешательством была – лапаротомия, резекция участка толстой кишки, наложение коло- (цеко-, трансверзо-, сигмо-) стомы, назоинтестинальная интубация тонкого кишечника и желудка. Длительность операций составила – 2,4 (2,1/2,7), анестезий – 2,8 (2,6/3,1) часа. Наличие сопутствующих заболеваний: сердечно-сосудистые – (68%), артриты – (18%), диабет – (14%), дисфункция щитовидной железы (12%), язвенная болезнь желудка и ДПК, гастриты – (11%), хронические обструктивные заболевания лёгких и эмфизема (11%), астма – (6%). Возраст пациентов – 67 (57/76) лет, масса тела – 68 (59/77). Средняя длительность пребывания в АРО составила 3 (3/4) суток. Осуществлялся стандартный гемодинамический и лабораторный мониторинг.

Всем пациентам выполнялась катетеризация эпидурального пространства по общепринятой методике на уровне T<sub>10</sub>–T<sub>12</sub> (проекция корня брыжейки) с введением тест-дозы – 4мл 2% раствора лидокаина и далее 10-15 мг/час 0,2% ропивакаина в виде постоянной эпидуральной инфузии.

Базисная терапия послеоперационного периода, включала:

- инфузионную терапию (ИТ) с применением препаратов, влияющих на онкотическое давление, исходных нарушений водно-электролитного баланса (ВЭБ) и объёма циркулирующей крови (ОЦК), восстановления эффективной системной и периферической гемоперфузии и системы транспорта кислорода. Объём, скорость и качественный состав препаратов для ИТ 2,1(1,3/2,9) мл/кг×час подбирался индивидуально;

- в первые сутки послеоперационного периода осуществлялся фракционный лаваж назоинтестинального зонда, во вторые сутки вводилось 30 мл касторового масла, с последующей капельной инфузией минеральной воды; параллельно в/в вводился метоклопрамид 2 мл, NaCl 5% 200 мл в/в кап и

прозерин 0,05% -1,0 в/м по схеме, микроклизма NaCl 5% - 100 мл + глицерин 50 мл.

Регистрация уровня постоянного потенциала (ПП) осуществлялась на момент поступления в реанимацию. В зависимости от уровня ПП было выделено три группы: 1-я ( $n_1=38$ ) – с высокими негативными значениями (ВПП) – (от -30 до -60 мВ), 2-я ( $n_2=44$ ) – со средними негативными значениями (СПП) – (от -15 до -30 мВ) и 3-я ( $n_3=25$ ) – с низкими негативными и позитивными значениями (НПП) – (от +14 до -14 мВ) – группа неблагоприятного течения послеоперационного периода, что выражалось стойким послеоперационным парезом кишечника более 3-х суток. Дополнительно выделена 4-я группа ( $n_4=20$ ) – с НПП. 4-й группе пациентов в схему базисной терапии помимо стандартных методов стимуляции перистальтики кишечника назначался серотонина адипинат (Динатон 1 мл) по 10 мг/амп каждые 8 часов в течение двух дней внутривенно капельно, начиная со вторых суток послеоперационного периода. Для статистической обработки данных применялась программа Statistica 6.0: критерий Крускалла-Уоллиса. Величины показателей представлены медианой (Me), 25-м и 75-м персентилями (0,25/0,75).

**Результаты и обсуждение.** В 1-й группе восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника происходило в среднем через 52 (46/62) часа и проявлялось усилением перистальтических шумов при аускультации брюшной полости, отхождением газов и появлением первого стула. Во 2-й группе купирование пареза кишечника сопровождалось появлением умеренно активной перистальтики, отхождение газов и появление первого стула фиксировалось через 44 (38/52) часа. В 3-й группе с НПП отмечалось наиболее позднее восстановление перистальтики через 75 (58/96) часов, что соответствует литературным данным о превалировании психологических и клинических проявлений астенических состояний, ограничением приспособительных возможностей основных регуляторных систем, адаптивных функциональных резервов и неспецифической резистентности организма к стрессорным воздействиям. В 4-й группе на фоне применения серотонина адипината разрешение интестинальной недостаточности регистрировалось на 56 (48/62) часа, что оказалось достоверно меньше в сравнении с 3-й группой.

**Заключение.** Электрофизиологический мониторинг функционального состояния организма путём регистрации постоянного потенциала может являться информативным дополнением стандартного периоперационного обследования, что позволяет осуществлять превентивную коррекцию проводимой терапии по устранению интестинальной недостаточности.

Включение серотонина адипината (Динатон) в схему базисной терапии помимо стандартных методов стимуляции перистальтики кишечника существенно сокращает сроки восстановления эффективной перистальтики кишечника и способствует более раннему началу энтерального питания.